

La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital

François Danet

**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/3405>

DOI : 10.4000/communicationorganisation.3405

ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2006

Pagination : 172-184

ISSN : 1168-5549

Référence électronique

François Danet, « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital », *Communication et organisation* [En ligne], 29 | 2006, mis en ligne le 21 juin 2012, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/3405> ; DOI : 10.4000/communicationorganisation.3405

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

© Presses universitaires de Bordeaux

La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital

François Danet

Introduction

- 1 Les premiers services d'urgences ont été construits il y a une trentaine d'années pour réguler l'accès à l'hôpital des patients qui arrivaient de façon imprévue et sans conditionnement médical satisfaisant dans les services hospitaliers. Au cours du temps, grâce à leurs capacités d'organisation, ils ont été progressivement perçus par la population et les interlocuteurs professionnels (médecine de ville et de proximité, police, justice, associations, services sociaux, etc.) comme un recours capable de régler rapidement de nombreuses situations réellement urgentes ou seulement imprévues. Par l'accroissement de leurs activités, ils sont ainsi devenus petit à petit menaçants pour le rythme de travail des services hospitaliers de spécialité d'aval, organisés pour faire face à un travail relativement prévisible.
- 2 La pratique de l'urgence a par ailleurs accouché d'un genre nouveau de médecins, baptisés depuis moins de dix ans « urgentistes », néologisme évoquant de façon positive leur bravoure pionnière et de façon négative leur absence d'appartenance à une filière de formation reconnue comme telle par l'université. Un écart de pratique puis de culture s'est ainsi creusé entre des praticiens de l'urgence provenant de la médecine générale ou du Certificat d'Etudes Spécialisées en Anesthésie Réanimation, et n'ayant pas réussi à intégrer l'internat malgré leur souhait de travailler à l'hôpital en tant que spécialistes, et les médecins hospitaliers spécialistes s'étant acquittés des rites exigeants de la formation universitaire (internat de CHU, clinicat, enseignement et recherche dans le champ de la spécialité).
- 3 Pour trouver une issue à ces contradictions, l'année 2004/2005 est celle de la création d'un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) de Médecine d'Urgence,

« surspécialité » de la nouvelle spécialité de médecine générale, dont la maquette est en panne du fait des difficultés qu'ont les urgentistes à délimiter leur pratique dans un contexte où leur absence de formation pour cet exercice ne favorise pas leur aptitude à la réflexion universitaire.

Méthodologie de la recherche sur le développement et l'institutionnalisation de la médecine d'urgence

- 4 Amené à participer à la restructuration d'un service d'urgences lyonnais, je tente d'élaborer des modèles innovants pour les urgences, en parallèle d'un travail de thèse de sociologie sur le développement et l'institutionnalisation de la médecine d'urgence sous la direction de Dominique Lhuillier, Professeur en psychologie sociale (Laboratoire du Changement Social, Université Paris VII – Denis Diderot). Mon implication dans le service d'urgences dans lequel je travaille fait de moi un observateur immergé dans le milieu que j'étudie, tout en occupant une position extérieure. Il s'agit donc d'une observation de type participante active, où l'observateur est impliqué dans la modification de la dynamique du fonctionnement étudié (Michiels-Philippe, 1984 ; Massonnat, 1987 ; Quivy et Van Campenhoudt, 1992).
- 5 Par ailleurs, je rencontre des médecins urgentistes d'autres services, lors d'entretiens enregistrés non directifs, au sein desquels sont abordés plusieurs thèmes concernant leurs travail et axes professionnels.
- 6 Je décrirai dans cette communication l'avancée de ce travail, en me focalisant sur ce que la médecine d'urgence bouleverse des repères classiques de l'hôpital tel qu'il s'est construit par couches successives depuis environ 16 siècles, en abordant successivement trois aspects : la façon dont les urgentistes tentent de mettre en scène leur travail, ce que devenir urgentiste recèle pour eux au sein de l'hôpital, puis la dynamique institutionnelle et sociopolitique qu'ils déclenchent.

Faire le médecin dans le théâtre de l'urgence

L'hôpital, de l'Ancien Régime jusqu'à nos jours

- 7 Pour saisir l'écart entre ce pour quoi les services d'urgences ont été mis en place et l'activité dont ils s'acquittent réellement, il est au préalable nécessaire de comprendre les missions de l'hôpital qu'ils étaient censés protéger et qu'ils déstabilisent. Après treize siècles passés à héberger les pauvres, les enfants abandonnés et les marginaux, tout d'abord dans une logique compassionnelle d'inspiration religieuse (les « Hôtels-Dieu ») puis dans une logique de contrôle social d'inspiration sécuritaire (les « Hôpitaux généraux »), ce n'est qu'au milieu du 19^e siècle que s'est développée la « médecine clinique », qui a ouvert l'hôpital à la pathologie en tant que telle (Foucault, 1963 ; Imbert, 2000).
- 8 L'explosion des connaissances et des outils médicaux a conduit à une segmentation des structures hospitalières et à une double division du travail : la première purement médicale, a vu sextupler le nombre de spécialités ces cinquante dernières années, et la seconde a vu apparaître plus d'une centaine de professions de santé qui participent à la prise en charge des patients. Parallèlement à cela, les gouvernements successifs, depuis

vingt ans, se sont appuyés sur l'idée que l'accroissement des dépenses de santé devait conduire à des réformes visant à restructurer et réduire l'offre hospitalière, en mettant en place des outils de gestion inspirés du management de l'entreprise, dont l'archétype est le « programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI), qui permet de classer chaque patient dans un groupe homogène de malades (GHM) qui se voit attribuer un certain nombre de points ISA (Indice synthétique d'activité) en fonction de la lourdeur des soins prodigués (Johannet, 2000). C'est en s'appuyant sur ce recueil de l'information du PMSI initié en 1986, que l'allocation de ressources aux établissements de soins s'oriente dès 2004 vers une Tarification à l'Activité (T2A). Les établissements de santé publics et privés sont, dès lors, censés entrer en concurrence les uns avec les autres sur la base d'une mise sur le marché de leurs offres de service.

L'urgentiste : un médecin à la marge de l'hôpital

- 9 Les urgences et leurs professionnels sont censés traiter les situations cliniques qui, dans un premier temps, ne peuvent être assimilables parce que peu programmables dans les filières spécialisées. Les médecins chefs qui ont créé les services d'urgence français, le plus souvent dans un contexte de marginalisation voire d'échec dans leur spécialité d'origine, se sont entourés de collaborateurs rarement spécialistes, exceptionnellement titulaires d'un titre de praticien hospitalier, nouveaux arrivants décalés par rapport au moule reproductible des systèmes normatifs qui avaient façonné un système hospitalier réticent à les adopter. De ce fait, ces membres insolites ont eu des difficultés à s'insérer dans l'hôpital qui avait été constitué par couches successives, en particulier par les modèles professionnel et technocratique. Initialement considérées comme des sas, éloignées des cadres structurants pour la médecine hospitalière traditionnelle, les urgences n'ont pas bénéficié d'un personnel fourni et formé. L'afflux d'usagers et de situations préoccupantes, comme ça a été le cas dès le milieu des années 1990 du fait de la restriction des lits d'aval, ont alors rendu indispensable la rationalisation de leur organisation, mais aussi de leur expansion.

Nommer les patients et les situations cliniques

- 10 Après trente ans d'existence, l'activité des services d'urgences se partage entre une part non négligeable de pathologies médicales à hospitaliser d'urgence, de pathologies à hospitaliser mais qui s'inscrivent difficilement dans la dynamique professionnelle des spécialités, et une grande proportion de personnes âgées en rupture, de patients en crise psychosociale et de consultations non urgentes au sens médical strict, qui annoncent les multiples facettes d'une dépendance sociale et médicale.
- 11 Alors que leurs confrères des autres services hospitaliers définissent eux même le contour de leurs activités cliniques et thérapeutiques par un système de dénomination très précis, les urgentistes sont en grande difficulté pour nommer les patients qu'ils accueillent. Ils oscillent entre une logique globalisante, « tout venant », et une tentative de différenciation sommaire en grands champs de pratique, teintée de remarques sociologiques rapides. Ils s'intéressent peu aux techniques médicale, sauf au moment où elles sont complètement maîtrisées par leurs confrères spécialistes, et à la condition qu'ils puissent se les approprier « dans l'aigu », comme c'est le cas pour la thrombolyse précoce de l'infarctus du myocarde et l'intubation du comateux.

- 12 Ainsi, si l'on s'en tient aux manuels inspirés par le modèle professionnel, et à ce que les médecins qui ont créé ces services s'attendaient à recevoir originellement, seule une partie des patients relève au sens strict de la médecine d'urgence. Le grand âge et la détresse psychosociale, indices des limites de la segmentation et de la bureaucratie, sont ressentis par la majorité des acteurs du soin comme des motifs inadaptés à l'offre, car pas assez connotés médicalement, mais doivent être tout de même accueillis voire prévisibles, sauf à laisser supposer que l'hôpital exclut plus qu'il n'accueille. Dès lors que la subjectivité de l'utilisateur prévaut par rapport à sa catégorisation a priori dans un cadre, les acteurs du soin se plaignent d'être les victimes d'une instrumentalisation utilitariste de l'urgence par les patients, qui abuseraient de cet outil technique dans une logique de consommation gratuite et démesurée.

Les maîtres du temps

- 13 L'épuisement et la fatigue extrêmement importants qu'éprouvaient les urgentistes du fait de la pénibilité de leur travail, les ont conduit à négocier des emplois du temps flexibles sous la forme de 48 heures par semaine « lissées sur 4 mois ». Alors que le temps de travail des médecins d'aval est compté par demi-journées le plus souvent diurnes (10 par semaine), et est ainsi proche de celui des cadres des entreprises aux horaires de grande amplitude, l'impératif de permanence des soins soumet les urgentistes à une fréquence importante de gardes nocturnes et de temps de présence les week-ends et jours fériés peu compatible avec ce dénombrement du temps de travail. Leur titularisation récente au motif qu'elle comporte comme corollaire une garantie en terme de formation et la façon dont ils planifient leur temps de travail leur permettent maintenant de moins travailler que leurs confrères spécialistes tout en ayant des rémunérations hospitalières publiques supérieures.
- 14 Ce tempo voit les services d'urgence accueillir successivement des praticiens pour des plages horaires diurnes et nocturnes déterminées dans le quadrimestre qui précède, ponctuées par de longues périodes d'absence. Ainsi, les urgentistes sont les seuls médecins à travailler dans la flexibilité comme les infirmiers : enchaînant des tranches de vie professionnelle et privée successives à hauteur d'une pour deux. La rédaction des plannings devient alors une activité à part entière des urgentistes, comme c'est le cas chez les cadres-infirmiers, ce que certains médecins – surtout spécialistes – considèrent comme une régression. Par ailleurs, la contrainte et la pression de l'urgence permettent aux urgentistes de bénéficier d'emplois du temps qui ouvrent sur un investissement de l'espace privé, familial en particulier. Cette nouvelle façon de penser le temps à l'hôpital fait écho au débat sociétal et politique sur les « 35 heures » et sur la flexibilité inhérente à la mondialisation (Martin, Metzger, et Pierre, 2003 ; Laïdi, 2004), ce dont certains urgentistes sont conscients quand ils redoutent qu'un écart de culture temporelle ne se creuse entre eux et leurs confrères, ce qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses dans la régulation des échanges.

Devenir urgentiste dans le concert hospitalier

L'investissement des urgentistes

- 15 Les urgentistes tentent de faire face au flux continu de patients et de situations cliniques hétérogènes en bougeant et en se déplaçant constamment, dans un mouvement qui entraverait selon Haroche (2004) la possibilité de réflexion, ainsi que les processus d'élaboration des perceptions à partir des sensations et la possibilité de mise à distance. Chez les urgentistes, le désir global de réparer ne se condense pas sur une portion de l'humain mais s'exprime par de fortes motivations à « soulager la douleur » et à « sauver la vie », avec une dimension héroïque prégnante quand l'urgence est investie comme le lieu de soins des situations aiguës et vitales, et une attirance pour la polyvalence quand l'urgence est investie comme un dispensaire de médecine générale assorti d'un plateau technique hospitalier.
- 16 Les urgentistes investissent la dimension hospitalière de l'hôpital sous la forme d'un groupe étayant et fortement indifférencié, alors que les spécialistes envisagent ce lieu collectif sous un jour hiérarchisé et au sein duquel ils sont souvent seul, auprès du patients ou dans leurs bureaux pour travailler, voire « penser », « écrire », « faire de la recherche ». L'expression « sortir », utilisée fréquemment par les urgentistes qui font du SMUR, leur permet de vivre une forme de « transcendance de soi », pour reprendre l'expression d'Aubert (2004), décrite comme très agréable du fait du sentiment d'autodépassement (Queval, 2001).

Reconnaître les urgentistes en leur délivrant un vrai-faux diplôme

- 17 La création en octobre 2004 du DESC de médecine d'urgence est l'aboutissement de revendications des urgentistes, et en particulier de leur syndicat, l'AMUHF, dont le leader charismatique est Patrick Pelloux. Les candidats à l'examen classant qui remplace le concours de l'internat ne choisissent jamais la médecine générale quand ils sont suffisamment bien classés pour briguer une spécialité traditionnelle (cardiologie, chirurgie, psychiatrie, etc.). De ce fait, la réforme fait mine de faire accéder les médecins généralistes et urgentistes au rang de spécialistes, sans rien changer au discrédit dont pâtissent encore, aux yeux des étudiants et enseignants, ces disciplines (Cabut, 2004).
- 18 Alors qu'ils revendiquent tous d'accéder au même statut de praticien hospitalier titulaire que leurs « collègues spécialistes », les médecins urgentistes expriment trois orientations divergentes concernant le DESC :
 - Les premiers, sereins dans leurs propos et intéressés par le travail collectif à proximité d'un plateau technique, refusent le statut d'urgentiste, dans une logique de différenciation de leurs collègues spécialistes de l'hôpital, estimant qu'ils appartiennent à une médecine générale composée de l'adjonction de la médecine générale de ville et de la médecine générale de l'hôpital qui se pratique aux urgences.
 - Les seconds, parfois plus agressifs, appuyés par la récente création d'un DESC de médecine d'urgences, revendiquent d'accéder au statut de praticiens hospitaliers mais aussi de spécialistes, dans une logique d'assimilation, même s'ils ont échoué au concours de l'internat, ceci pour être récompensés des services rendus à la collectivité médicale hospitalière : « parce que grâce à nous, la nuit, les cardiologues peuvent dormir », « parce

que nous, on s'occupe vraiment de l'aigu », « parce que c'est nous qui remplissons leurs lits, aux cardiologues ».

- Les troisièmes, qui détiennent une plus value dans l'expertise des enjeux socio-économiques et politiques de la médecine, pensent qu'il émergera aux urgences de nouveaux champs de compétence, dans une logique de décalage par rapport aux canons médicaux, aussi pour tenter de les transformer, et qui pourraient être transmis à leurs confrères de ville et d'aval, comme : l'éducation à la santé, la prise en charge de la douleur, et surtout l'appréhension de la trajectoire de soins des patients et l'excellence de l'organisation et de l'articulation, supports essentiels du travail hospitalier (Strauss, 1992).

- 19 Au-delà de ces divergences, quand ils parlent du DESC, les médecins urgentistes l'envisagent comme le média d'une « reconnaissance », ce qui lui donne plus les caractéristiques d'une médaille donnée en l'échange de services héroïques rendus à la collectivité, que d'un diplôme obtenu suite à un travail assidu sanctionné par un concours entre de l'externat et l'internat, pour évaluer si ont été intériorisées « conscience professionnelle », « discipline », et « soumission aux pairs », au service ultérieur de la reproduction et du renouvellement de savoirs, savoir-faire et dispositifs éthiques.

Les compétences des urgentistes

- 20 Comme on peut le constater, un urgentiste est un médecin hospitalier, et pourtant, à bien des égards, il ne travaille ni ne pense comme ses confrères des services d'aval. « Avoir l'œil », pour détecter la « vraie urgence », dans une logique de classification des patients en fonction de la gravité de leur état, au sein de pratiques qui induisent chez leurs confrères sarcasmes et moqueries : telle est leur principale compétence clinique. Ils la décrivent comme « impossible à apprendre sur les rangs de la faculté », ni même à transmettre à des élèves autrement que pas « l'expérience », les spécialistes anciens chefs de clinique estimant que c'est du fait de leur absence de capacité à enseigner. Cela dit, alors que les spécialistes rejettent certains patients par l'hyperspécialisation qu'ils promeuvent, on peut considérer que les urgentistes sont les avocats des patients inclassables auprès de leurs confrères voire de la société dans son ensemble. Ils sont encore fortement identifiés aux malades et aux infirmiers, alors que les spécialistes sont surtout identifiées à la médecine qu'ils façonnent.
- 21 Les urgentistes valorisent la primauté de l'expérience clinique directe et immédiate sur les lois scientifiques, ce qui a pour conséquence de privilégier les logiques de l'émotion et de l'acte à la défaveur des logiques rationnelles et de mise en pensée, ce qu'a très bien exprimé Patrick Pelloux à l'émission « Libre Cours » d'Anne Sinclair du 29 mai 2005 en relatant par exemple qu'il pleurait avec ses patients et leurs familles. L'expérience clinique, dans la bouche des urgentistes, renvoie à l'expérience réelle acquise au contact des malades et de la maladie. Elle peut aller jusqu'à remplacer un savoir scientifiquement vérifié et peut servir à légitimer le choix de certaines procédures de traitement et même à en éliminer d'autres pourtant établies par la science. Face au déficit de savoir livresque, et aux contingences pratiques et à l'hétérogénéité des situations accueillies, les urgentistes sont dans une forme de primauté de l'expérience, l'organisation leur servant de paravent aux erreurs de diagnostic irréversibles. L'urgentiste veut agir avec succès, mais à tout prendre il préfère agir sans grande chance de réussir que de ne pas agir du tout.

L'urgentiste : un médecin spécifique

- 22 Si l'on reprend les écrits de Parsons (1958, 1968), on peut considérer qu'au lieu d'être des spécialistes, les médecins urgentistes possèdent des « compétences techniques spécifiques ». Il s'agit d'une spécificité fonctionnelle, qui n'est pas fondée sur le savoir d'expert, mais sur le fait d'être là, sans dormir, à cette place d'interface, sans tout contrôler des contingences socio-économiques, et en absorbant le « reste des problèmes non résolus ailleurs ». Autant les urgentistes sont en difficulté pour définir des savoirs, savoir-faire et objets de réflexions éthiques, autant ils sont prolixes concernant la « spécificité » de leur travail, qui fait l'objet de discussions entre eux et avec leurs interlocuteurs, non médecins en particulier.
- 23 Ils prennent les spécialistes au mot de leur fétichisation du savoir, qui réduit de plus en plus leur champ d'action, et exclut un nombre de plus en plus important de situations qui sont reversées aux urgences. Même s'ils sont vexés du discrédit que jettent sur eux leurs collègues, ils savent au fond que les spécialistes ont une part de responsabilité dans la « maltraitance » que les usagers exclus des services de spécialité subissent dans les services d'urgence.
- 24 Ne pouvant revendiquer un statut d'expert en matière de santé et de maladies comme les internes et médecins de spécialité, ils développent une spécificité dans leurs modalités d'actions, et dans d'autres domaines que l'hôpital avait abandonné en s'étant replié sur la sphère sanitaire, il y a deux siècles. Ils transforment ainsi le concept de « spécialité médicale », qui ne se rattache plus à une supériorité limitée au segment – corporel par exemple – mais s'étend ou se réduit au domaine particulier de l'exercice technique et de l'expérience.

De la scénographie hospitalière à la dramaturgie institutionnelle et sociopolitique des urgentistes

La standardisation des pratiques professionnelles

- 25 Alors que la standardisation des pratiques par des référentiels, reprise au sein des services sous la forme de protocoles, pâtit d'un relatif discrédit dans les services de spécialités hospitaliers, cela constitue un instrument de choix apprécié des urgentistes. La rédaction de procédures et protocoles se réalise au sein de groupes comportant des personnels médicaux voire non médicaux, parfois en lien avec un médecin spécialiste d'aval, et constitue une activité centrale des urgentistes. Outre qu'il constitue un ciment entre les personnels de l'urgence, il dévoile un axe fondateur de la médecine d'urgence, plus attaché à la standardisation qu'à l'innovation médicale.
- 26 Alors que les médecins spécialistes s'appuient sur leur maîtrise des savoirs, savoir-faire et dispositifs éthiques pour revendiquer un statut de metteurs de scène de leurs services, les urgentistes se contentent d'une scénographie hospitalière, qui s'attache à standardiser l'architecture, les plannings et pratiques professionnelles, ce qui les rapproche incontestablement de la culture entrepreneuriale que souhaitent insuffler l'Etat et l'administration dans l'hôpital.

L'émergence d'une démocratie participative hospitalière

- 27 Les urgentistes sont en grande difficulté pour se réunir autour de cas cliniques, de réunions scientifiques ou de problèmes éthiques, alors qu'à contrario, ils ont un attrait spécifique pour les réunions organisationnelles voire politiques.
- 28 Alors que de leur côté, les services de spécialités sont en difficulté pour arriver à réunir leurs équipes plus d'une fois tous les deux ans (Labayle, 2002), les services d'urgences organisent des Conseils de Service parfois de façon pluriannuelle. Il est intéressant de noter que la démocratie participative, que le Gouvernement Rocard souhaitait voir se réaliser au sein de l'hôpital et que de nombreux politiques et citoyens appellent de leurs vœux (Bevort, 2002 ; Falisse, 2004), émerge aux urgences. Il faut voir dans cet appétit pour cette alternative à la démocratie représentative plusieurs raisons :
- D'une part, l'activité de spécialité est très dépendante de l'innovation médicale, ce qui réduit considérablement les marges de manœuvre des personnels non médicaux dans son organisation, sauf pour ce qui est des demandes de matériel et de personnel. Aux urgences, tous les personnels sont sur la même scène dans une relative indifférenciation.
 - D'autre part, les spécialistes des hôpitaux, même s'ils sont issus d'une génération qui a lutté contre le mandarinat d'avant 1958, ont reproduit les modèles de domination de leurs aînés, par le biais d'une hiérarchie que contestent les urgentistes, aussi parce qu'elle constitue un indice de leur échec à avoir pu s'y insérer.
 - Enfin, les médecins spécialistes sont structurés par une identité médicale fortement médiatisée par une soif du savoir qui s'origine dans leur pulsion épistémophilique (Arnoux, 2001 ; Bokanowski, 2001), alors que l'identité des urgentistes s'appuie sur une appétence pour l'illusion groupale qui encourage la démocratie participative.
- 29 D'ailleurs, dans une logique de délégation et d'éloignement des standards médicaux, des lignes de responsabilité médicale originales émergent aux urgences, parfois assurées en binôme avec du personnel paramédical : rénovation architecturale, liens avec la pharmacie, liens avec une spécialité (pédiatrie, orthopédie, imagerie, cardiologie, alcoologie, psychiatrie), cartographie du territoire pour la régulation SAMU, formation des personnels paramédicaux.

L'urgentiste : un dramaturge institutionnel et sociopolitique

- 30 Les rapports de l'individu à la médecine telle qu'ils émergent via les urgences apparaissent comme prototypiques d'un certain rapport conflictuel au social. Dans ce contexte, les urgences, leurs praticiens, les usagers et les accompagnants militent plus ou moins à leur insu pour une remise en question de la structuration des études médicales et de la segmentation en spécialités et en services de spécialités. Ils démontrent également, par l'épisode de la « canicule » de 2003, que la place de l'administration dans le dispositif sanitaire actuel comporte de sérieuses lacunes.
- 31 Les projecteurs qui éclairent les urgences mettent en évidence que des liens organiques existent entre les urgentistes et la collectivité, ne serait-ce que parce que les urgences occupent une place d'interface entre de nombreux interlocuteurs sociaux, sanitaires, politiques et administratifs. L'impact important de l'urgence dans la régulation du système social donne aux urgentistes une dimension dramaturgique sous la forme de la dénonciation. De même que les services d'urgence sont structurés comme des

panoptiques, les urgentistes abordent le monde social comme s'il était lui-même un panoptique, et en dévoilent les insuffisances et injustices au sein d'une mise en scène soutenue par les médias. En cela qu'ils dénoncent sans jamais faire de proposition les tensions et contradictions qui habitent notre système social, politique et de santé, ils sont comparables à la démarche dramaturgique de Molière, ce qui leur donne, en l'échange d'une reconnaissance de cette place de choix qu'ils occupent, le statut de maillon incontournable du débat national et européen. Dans ce contexte, et parfois avec un certain opportunisme non dénué de cynisme, le groupe latent et hétérogène que constituent les urgentistes se nourrit de l'idée qu'il s'institutionnalise grâce à la mise en scène de la crise qu'il promeut. La médecine d'urgence est de ce fait portée par des héros aventuriers qui stigmatisent l'incompétence sociale des administrations chargées d'assurer la régulation du système de soins, alors qu'en fait c'est de cette dysrégulation que ces martyrs de la médecine spécialisée négocient leur place au paradis des spécialistes, en particulier par le nouveau DESC.

Conclusion

- 32 Les logiques de rationalité et de division du travail, sous l'égide du « désenchantement du monde » décrit par Weber (1905), ont exclu de l'hôpital ceux qui étaient auparavant hébergés dans des logiques compassionnelle et sociale. Ces sous-médecins – trieurs et pour les pauvres – qu'étaient les officiers de santé ont disparu avec leurs patients, pour réapparaître sous une autre forme quand les urgences ont ouvert leurs portes :
- 33 L'*homo sapiens*, patient de la médecine programmée et segmentée, côtoie maintenant l'*homo demens* des urgences, qui fissure l'édifice bâti avec les charpentes médicale et administrative.
- 34 Les urgentistes tentent d'y incorporer une nouvelle façon de travailler, démocratique voire dérégulée, dans une atmosphère de plaisir et d'excitation au visage ré-enchanté.
- 35 Du « sale boulot » dont ils s'acquittent, à la démocratisation de la médecine qu'ils promeuvent, ils dévoilent et incarnent les paradoxes habités par le système de soins français, qui oscille entre l'accueil tous azimuts et l'hyperspécialisation.

BIBLIOGRAPHIE

Arnoux, D., « Les langues multiples de la perception », in : Arnoux D. et Bokanowski T., *Le nourrisson savant, une figure de l'infantile*, p. 33-40, Paris, In Press Editions, 2001

Aubert, N., « L'intensité de soi », in : Aubert, N. et coll., *L'individu hypermoderne*, p. 73-87, Paris, Erès, 2004.

Bevort, A., *Pour une démocratie participative*, Paris, Presses de Sciences Po. 2002

- Bokanowski, T., « Le concept de « nourrisson savant » : une figure de l'infantile », in : Arnoux D. et Bokanowski T., *Le nourrisson savant, une figure de l'infantile*, p. 13-32, Paris, In Press Editions, 2001..
- Cabut, S., « Les carabins n'ont pas l'esprit médecins de famille », *Libération*, samedi 9 octobre 2004.
- Falisse, M., *Démocratie participative, promesses et ambiguïtés*, Paris, Aube, 2004.
- Foucault, M., *La naissance de la clinique* (1963), Paris, Presses Universitaires de France, 2000.
- Freidson, E., « Influence du client sur l'exercice de la médecine » (1960), in : Herzlich C., *Médecine, maladie et société*, p. 225-238, Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes, 1970.
- Haroche, C., « Manières d'être, manières de sentir de l'individu hypermoderne », in : Aubert, N. et coll., *L'individu hypermoderne*, p. 25-38, Paris, Erès, 2004.
- Imbert, J., *Histoire des hôpitaux français*, Paris, Vrin, 2000.
- Johannet, G., « La modernisation du système de soins », in : Michaud Y. et coll., *Université de tous les savoirs, Qu'est-ce que l'humain ?*, vol. 2, p. 572-580, Paris, Odile Jacob, 2000.
- Labayle D., *Tempête sur l'hôpital*, Paris, Seuil, 2002
- Laïdi Z., *La grande perturbation*, Paris, Flammarion, 2004.
- Martin, D., Metzger, J.-L., Pierre, P., *Les métamorphoses du monde, sociologie de la mondialisation*, Paris, Seuil, 2003.
- Massonat, J., « Observer », in : Blanchet A. et coll., *Les techniques d'enquête en sciences sociales*, p. 17-79, Paris, Dunod, 1987.
- Michiels-Philippe, M.-P., *Textes de base en psychologie : l'observation*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1984
- Parsons, T., « Structure sociale et processus dynamique : la cas de la pratique médicale moderne », in : *Éléments pour une Sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1958.
- Parsons, T., « Professions », in : *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 1968.
- Queval, I., « Le dépassement de soi, figure du sport contemporain », *Le Débat*, n° 114, p., 2001
- Quivy, R., Van Campenhoudt, L., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1992
- Strauss, A., *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionniste*. Paris, l'Harmattan, 1992.
- Weber M., *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* (1905), Paris, Gallimard, 2004.

RÉSUMÉS

Cet article propose de décrire l'évolution de la médecine d'urgence depuis sa naissance en France il y a une trentaine d'années. Initialement plongés avec les usagers dans un lieu désorganisé et disqualifié, les médecins urgentistes ont progressivement défini le contour de leur activité en s'éloignant des standards que la médecine de spécialité avait élaborés. Alors qu'ils occupaient des postes précaires, ils ont négocié d'accéder au rang de praticiens hospitaliers titulaires puis de spécialistes, sans se plier aux rites exigeants de l'internat de spécialité puis du clinicat. En parallèle d'une démocratie participative qu'ils promeuvent au sein de leurs services, les

urgentistes justifient leur place au sein de l'hôpital et de la société par la dénonciation des incompétences du système social et de santé dont ils sont les témoins privilégiés.

This article proposes to describe the evolution of emergency medicine since its birth in France thirty years ago. Initially thrown with the patients into a disorganized and disqualified place, emergency physicians gradually defined the outlines of their activity which are different than the standards of specialist physicians. Whereas they were occupying precarious employments, they tried to reach the rank of titular hospital physicians then specialists, without going through internship selection. They can also be considered as the promoters of a transgressional renovation of the medical order, foretelling the democratization of medicine and of the healthcare system.

INDEX

Mots-clés : médecins urgentistes, système de santé

AUTEUR

FRANÇOIS DANET

François Danet est psychiatre, médecin légiste, praticien hospitalier dans le service du Professeur Jean-Marc Elchardus, Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Edouard Herriot, Lyon. Doctorant en sociologie sur le développement et l'institutionnalisation de la médecine d'urgence sous la direction de Dominique Lhuilier, Professeur en psychologie sociale, Laboratoire du Changement Social, Université Paris VII – Denis Diderot. Mail : francoisdanet@voila.fr